

# 歯科往診申込書

お申し込みはFax またはメールでお送りください。

**FAX: 06-6675-1632**

届きましたらこちらより連絡いたします。

(下記の電話番号におかけの上、以下の内容についてお知らせ頂いてもかまいません。)

お申し込み年月日                      年    月    日

患者様 氏名	フリガナ	男 ・ 女	年齢	電話番号
	様		歳	(       )
	(生年月日 明・大・昭    年    月    日生)			
住所	自宅 入所先 (施設名)			
ご依頼内容	<b>治療    ・    検診</b> を希望します			
主訴(現在気になっているお口の中の症状)				
通院困難なご事情 (病気の経歴)				※感染症⇒有り (       ) ・ なし ※通院⇒有り ・ なし ・ 往診 ※入院
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間可能・屋内可能・他 (       )			
保険証の種類	介護度 (       ) 国保・社保本・社保家・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者			
ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号	
ご連絡方法	1.患者様宅へ電話            2.事業所様へ電話 3.身内・知人・その他へ電話 (       ) 様TEL (       )			
ご連絡希望日時	月    日 (       ) 時頃    ・ (       ) 時～ (       ) 時の間    ・ いつでも			
往診日のご都合など	(       ) 曜・ いつでも良い		午前・午後・いつでも良い	
駐車スペース	あり・なし	サービスを知っ たきっかけ		
ご連絡事項				

ご依頼者様 (家族・本人)	
*もし患者様と異なる場合には下記にご連絡先をご記入ください	
電話番号                      (       )	FAX番号                      (       )

**しまぶくろ歯科医院**

**TEL    06-6675-0418**